

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE
DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL
PERÍODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO DEL 2015”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Sonia Del Rocío Núñez Santillán

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Freddy Carrión Suárez. Md, Msc, Psq.

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dr. Carlos Vinicio Erazo Cheza

Quito, 2015

DEDICATORIA

*“A mis padres, mis hermanos y en especial a mis hijos Anthony y Christian,
mis más hermosas razones para seguir adelante”*

SONIA NÚÑEZ

AGRADECIMIENTO

*“A Dios por haberme brindado otra oportunidad y por poner en mi camino
a personas que con su paciencia y apoyo, han sido pieza fundamental
para poder culminar esta etapa de mi vida”*

SONIA NÚÑEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO DEL 2015"

Autor:
Sonia Núñez

Fecha: Junio del 2015

RESUMEN

Contexto: El delirium es una patología con alta morbilidad y mortalidad en pacientes adultos mayores hospitalizados, con una prevalencia a nivel de América Latina del 35%. A pesar de su importancia, el delirium es subvalorado y no es reconocido como una entidad que requiere un diagnóstico y manejo específico, independiente de la causa que lo origina.

Objetivo: Identificar la frecuencia y los factores de riesgo asociados a delirium en pacientes adultos mayores hospitalizados en los Servicios del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el periodo de Enero del 2014 a Enero del 2015.

Diseño: El estudio fue de tipo transversal con alcance exploratorio.

Lugar y Sujetos: Se estudiaron 300 pacientes adultos mayores ingresados en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito. Se realizó también una encuesta a 30 profesionales de la salud de esta casa asistencial.

Mediciones Principales: Se evaluaron datos de filiación, diagnósticos, evolución, tiempo de hospitalización, servicio, y medicamentos. Datos que fueron tomados de la epicrisis y notas de evolución de cada paciente.

Se evaluó también al personal médico mediante una encuesta sobre el conocimiento y la práctica acerca del delirium.

Resultados: Se encontró una prevalencia de delirium del 12% en pacientes adultos mayores hospitalizados durante el periodo de estudio, patología que estuvo estrechamente relacionada con la edad (OR 0.11 IC95% 0.04-0.30 p 0.02), tipo de patología al ingreso del hospital (OR 5.71 IC95% 2.41-13.5 p 0), tipo de servicio en el cual estuvo ingresado (OR 8.19 IC95% 3.57-18.7 p 0.001), condición de llegada (OR 0.23 IC95% 0.08-0.62 p 0), forma de llegada (OR 0.12 IC95% 0.05-0.26 p 0.001), tiempo de hospitalización (OR 0.32 IC95% 0.15-0.69 p 0.001) y cantidad de medicamentos suministrados durante la hospitalización (OR 0.21 IC95% 0.10-0.44 p 0.001), alta definitiva (OR 0.38 IC95% 0.18-0.80 p 0.01) y alta transitoria (OR 4.7 IC95% 1.7-20.6 p 0.05).

El subdiagnóstico encontrado fue del 60% con un desconocimiento acerca de la patología del 80%

Discusión: Los factores de riesgo encontrados para desarrollar delirium en este estudio, concuerdan con las referencias internacionales existentes. Sin embargo a pesar de su prevalencia el delirium es altamente subdiagnosticado, es descrito en el examen del paciente pero no se agrega a los diagnósticos, esto sumado al desconocimiento admitido por parte del personal médico hacen que el manejo de estos pacientes sea inadecuado.

Palabras Clave: *prevalencia, factores de riesgo, delirium, adulto mayor, subdiagnóstico*

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

“EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND RISK FACTORS ASSOCIATED DELIRIUM IN
ELDERLY PATIENTS ADMITTED TO HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS QUITO CITY
DURING JANUARY 2014 TO JANUARY 2015”

Author:

Sonia Núñez

Date: June 2015

ABSTRACT

Background: Delirium is a disease with high morbidity and mortality in elderly hospitalized patients, with a prevalence of 35% in Latin America. Despite its importance, delirium is underestimated and is not recognized as an entity that requires diagnosis and specific, management regardless of the cause.

Objective: To identify the frequency and risk factors associated with delirium in elderly patients hospitalized at Enrique Garcés Hospital of Quito from January 2014 to January 2015.

Design: The study was cross-sectional with exploratory scope.

Location and Subjects: 300 elderly patients admitted to Hospital Enrique Garcés of Quito were studied. In addition a survey was provided to 30 health professionals in this Hospital.

Main measurements: personal data, diagnoses, progress notes, length of stay, service, and drugs were evaluated. Data was taken from the epicrisis and progress notes from each patient. Medical staff was also evaluated through a survey on the knowledge and practice about delirium.

Results: The prevalence of delirium was 12% in older hospitalized adults patients during the study period, pathology that was closely related to age (OR 0.11 95% CI from 0.04 to 0.30 p0.02), type of pathology hospital admission (OR 5.71 95% CI 2.41-13.5 p 0), type of service in which they were admitted (OR 8.19 95% CI 3.57-18.7 p 0.001), condition arrival (OR 0.23 95% CI 0.08 to 0.62 p 0), mode of arrival (OR 0.12 95% CI 0.05 to 0.26 p 0.001), duration of hospitalization (OR 0.32 95% CI 0.15 to 0.69 p 0.001) and quantity of medicines supplied during hospitalization (OR 0.21 95% CI 0.10 to 0.44 p 0.001), definite discharge (OR p 0.38 0.01 95% CI 0.18 to 0.80) and transitory discharge (OR 4.7 95% CI 1.7-20.6 p 0.05).

Underdiagnosis found was 60% by the medical staff, with an unknown pathology of 80%.

Discussion: Risk factors for developing delirium found in this study, agreed with existing international references. Despite its prevalence delirium is highly underdiagnosed; it is described in the patient physical exam but it is not added to the diagnosis, this added to the insufficient knowledge about Delirium admitted by medical staff, make the management of these patients inadequate.

Keywords: prevalence, risk factors, delirium, elderly, underdiagnosis

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA.....	12
1.1 OBJETIVOS	12
1.1.1 General.....	12
1.1.2 Específicos	12
1.2 HIPÒTESIS.....	12
2.1 DELIRIUM	15
2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA	16
2.1.2 FACTORES PREDISPOONENTES	16
2.1.3 FISIOPATOLOGÍA.....	22
2.1.4 CLÍNICA	23
2.1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	24
2.1.6 TRATAMIENTO.....	27
2.1.8 SUBDIAGNÒSTICO EN EL HOSPITAL	31
CAPÍTULO III.- MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	34
3.5 CATEGORIZACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES	34
3.6 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO UTILIZADO	34
3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.8 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	36
3.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	36
CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	37
CAPÍTULO V.- DISCUSIÓN	59
CAPÍTULO VI.-	61

6.1 CONCLUSIONES	61
6.2 RECOMENDACIONES	62
6.3 SESGO Y LIMITACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA	64
APÉNDICE.....	66
ANEXO 1	66
MATRIZ DE TAMAÑOS MUESTRALES	66
ANEXO 2	67
OPERACIONALIZACION Y CATEGORIZACION DE VARIABLES	67
ANEXO 3	68
EPICRISIS DEL MSP	68
ANEXO 4	69
ENCUESTA A TRABAJADORES DE LA SALUD	69
GLOSARIO	75

INTRODUCCIÓN

En nuestro país al igual que en el resto del mundo la población envejece progresivamente y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad. La mayoría de los pacientes portadores de patologías crónicas en fases avanzadas, tanto oncológicas como no oncológicas, presentan múltiples síntomas físicos y psicológicos que producen un significativo deterioro de su calidad de vida, entre estos se encuentra el *delirium*, trastorno con alta morbilidad y mortalidad en pacientes adultos mayores hospitalizados. Siendo tan importante que los pacientes con delirium no solo se mueren más sino “*que se mueren antes*”. (Department of Psychiatry, 2005) En estudios realizados en el exterior su frecuencia varía desde 25.4 % al 52% (ALFONSO LÓPEZ-SOTO, 2006). Siendo esta patología la segunda más frecuente entre las patologías psiquiátricas de este grupo específico de pacientes, alcanza una prevalencia del 25% (DR. CATALDI AMATRIAIN ROBERTO, 2004). La población más afectada y con más probabilidad de presentar esta patología son los adultos mayores, siendo el sitio más frecuente el área de hospitalización, en las unidades de cuidados intensivos, urgencias (admisión), cirugía y Ortopedia (F. FORMIGA, 2005).

A pesar de su importancia, tradicionalmente el delirium ha sido subvalorado, no ha sido reconocido como una entidad que requiere un diagnóstico y manejo específico independiente de la causa que lo origina.

El subdiagnóstico alcanza cifras entre 32% y 67% (REVISTA MÉDICA CHILE, 2005), resultados que no son bajos, ya que existe evidencia que se asocia con peor pronóstico y se pierden posibilidades de usar distintas estrategias que podrían modificar su aparición y optimizar su manejo.

No existen estudios sobre la magnitud del problema, específicamente en el grupo más vulnerable que son los adultos mayores, y menor aún se conoce el nivel de diagnóstico, ni el tipo de manejo

que reciben estos pacientes en hospitales públicos. En nuestro país no hay estadísticas establecidas; con este estudio al medir su frecuencia se pretende establecer el valor real de pacientes hospitalizados que padecen delirium, así se determinará si esta patología está siendo subdiagnosticada o no, se conocerá si está siendo manejada correctamente en este grupo de pacientes, y así poder establecer o sugerir medidas de prevención en beneficio del paciente, disminuyendo así los índices de morbi – mortalidad en estos pacientes.

Se recomienda enfatizar en nuevas líneas de investigación, dirigidas a profundizar en el conocimiento fisiopatológico de la enfermedad, de esta forma se podrá hacer hincapié en el tratamiento específico de la misma y en los aspectos preventivos.

CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de delirium y que factores de riesgo se asocian a este, en pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el periodo de Enero del 2014 a Enero del 2015?

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 General

Describir y determinar la frecuencia y los factores de riesgo asociados a delirium en pacientes adultos mayores hospitalizados en los Servicios del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el periodo de Enero del 2014 a Enero del 2015.

1.1.3 Específicos

1. Determinar la frecuencia de delirium de acuerdo al género, edad, estado civil, escolaridad.
1. Determinar la frecuencia de la comorbilidad en los pacientes diagnosticados de delirium en el tiempo de hospitalización.
2. Identificar la patología de base al momento del ingreso de los pacientes a estudiarse.
3. Establecer la frecuencia de delirium en los diferentes servicios de la casa de salud antes mencionada.
4. Comparar la frecuencia encontrada en este estudio, con los estudios en el exterior.

1.2 HIPÒTESIS

La frecuencia de delirium en pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Enrique Garcés de Quito es alta, casi igualando a las estadísticas internacionales, aumentando y relacionándose también con factores de riesgo predisponentes.

CAPÍTULO II.- MARCO REFERENCIAL

El síndrome confusional agudo (SCA) representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano y puede encuadrarse con pleno derecho dentro de los llamados 'grandes síndromes geriátricos'. (M. LÁZARO-DEL NOGAL, 2009)

Según la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012 - 2013 del Ministerio de Inclusión Económica del Ecuador (MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA DEL ECUADOR, 2012-2013) “Para definir el concepto de las personas adultas mayores, los tratadistas han recurrido a diferentes doctrinas e interpretaciones, considerándolos como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad.

Tercera edad es un término antrópico social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. Étape en la que el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez, senectud y de ancianidad. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término *personas mayores* (en España y Argentina) y *adulto mayor* (en América Latina), es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad).

Mayor longevidad significa también mayor prevalencia de patología aguda y sobre todo crónica, tanto de índole física como también de naturaleza psíquica. Todo ello hace que la atención a personas ancianas vaya acaparando cada vez una proporción más importante de tiempo a la mayoría de los profesionales de la medicina, cuestión que no es en absoluto ajena a la Psiquiatría. La trascendencia por tanto es grande, no solamente en términos numéricos sino también porque las personas de edad avanzada presentan particulares modos de enfermar y precisan con frecuencia formas diferenciadas de atención respecto a los adultos.

El proceso de envejecimiento se caracteriza por los siguientes hechos fundamentales:

- Transformaciones corporales, tanto anatómicas como funcionales. La vivencia corporal cobra en el anciano una importancia singular. El cuerpo joven, sano y bien funcional no se percibe conscientemente.
- Un aumento de la interioridad, o desapego psicológico pasando a ocupar los elementos del exterior un lugar progresivamente menor. Los vínculos con figuras y acontecimientos externos a la persona se hacen menos frecuentes, aunque tienden a ser en consecuencia, más valorados.
- Una menor capacidad de adaptación al estrés y a las situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación.
- Un empobrecimiento social en el que se mueve el anciano, por pérdida familiar y el frecuente rechazo del entorno.

En los procesos de atención al paciente psicogeriátrico, la obtención de información es probablemente uno de los momentos más cruciales, tanto por la variedad de datos de los que conviene disponer, como por las dificultades que suelen existir para conseguirlos. Existen tanto similitudes como diferencias respecto a las actividades que han de llevarse a cabo cuando se explora a un anciano respecto al adulto de menor edad.

Existen situaciones médicas frecuentes que aumentan el riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica en el anciano, citaremos las siguientes:

- Insuficiencia Cardíaca
- Periodo posterior al infarto del miocardio
- EPOC descompensada
- Infecciones

- Enfermedades Endocrinas
- Patologías con dolor crónico
- Déficit sensoriales severos auditivos o visuales
- Patologías que dificultan la movilidad y la deambulaci3n,
- Neoplasias
- Enfermedades degenerativas y vasculares del SNC, y
- Deterioro Cognitivo.

2.1 DELIRIUM

El delirium es uno de los trastornos mentales que primero fue descrito en medicina, y en la actualidad es el s3ndrome psiqui3trico m3s com3n en los hospitales generales. Seg3n el DSM-V se trata de una ‘alteraci3n del nivel de conciencia acompa3ada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo (en general horas o d3as) y que tiende a ser fluctuante’. Se habla de un s3ndrome cerebral, org3nico, de etiolog3a multifactorial, es decir puede producirse como consecuencia de un amplio n3mero de afecciones fisiol3gicas. Est3 caracterizado por alteraciones de la conciencia, atenci3n, percepci3n, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sue3o-vigilia. (M. L3ZARO-DEL NOGAL, 2009)

Es especialmente frecuente entre las personas de edad avanzada que se encuentran hospitalizadas. El 25% de los casos de delirium mueren en un plazo breve de tiempo. Los pacientes que padecen demencia u otras lesiones cerebrales tienen mayor probabilidad de padecer un estado de delirium, y de hecho, en este grupo se observa con mayor frecuencia. A pesar de que se trata de un trastorno com3n y de que se acompa3a de un alto 3ndice de mortalidad y morbilidad, el delirium es un fen3meno sobre el que se ha investigado poco.

El tratamiento del delirium est3 condicionado al conocimiento de sus causas.

2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia aumenta con la edad, aunque la información derivada de los diferentes estudios epidemiológicos varía según las características de la muestra analizada, del nivel asistencial donde se ha llevado a cabo el estudio y de la sensibilidad de los métodos de detección empleados. (M. LÁZARO-DEL NOGAL, 2009)

En relación a los servicios hospitalarios en urgencia el cuadro confusional está presente hasta en el 10-30% de los pacientes mayores en el momento de acudir a esa unidad. Su prevalencia en personas mayores de 65 años, una vez producido el ingreso hospitalario, puede variar entre el 14 y el 24%, mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56%. Aparece en el 15-53% de los mayores durante el periodo postoperatorio, en el 70-87% de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y en el 83% de quienes necesitan cuidados paliativos.

En el medio comunitario, la prevalencia del *delirium* es mucho menor (1-2%). Entre los mayores de 85 años que viven en la comunidad puede llegar, sin embargo, hasta el 14%.

Un estudio transversal llevado a cabo en España observó la prevalencia del *delirium* entre 165 pacientes ingresados por procesos médicos en 6 unidades de hospitalización de medicina interna. El 61, 2% de esta población eran mujeres y la media de edad era de $80, 3 \pm 12$ años. (M. LÁZARO-DEL NOGAL, 2009)

2.1.2 FACTORES PREDISPONENTES

Se considera que hay 6 grupos de pacientes con un riesgo elevado de desarrollar un estado de *delirium*:

1. los enfermos de edad avanzada
2. los pacientes con cirugía cardíaca
3. los pacientes con quemaduras
4. los pacientes con lesión cerebral previa (demencia, lesiones focales)
5. los drogodependientes en período de abstinencia, y
6. los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

A medida que avanza la edad aumenta el riesgo de delirium, siendo la edad superior a 60 años la que se ha señalado como de riesgo más elevado.

Tomando el tema que estamos hablando de pacientes hospitalizados añadiremos estos factores también:

La hospitalización del adulto mayor provoca su desubicación que es un factor predisponente (a veces desencadenante), sobre todo cuando se asocia a circunstancias como aislamiento, necesidad de cuidados intensivos, cambios de habitación o restricciones físicas. Otro factor de riesgo importante para que aparezca esta patología en el adulto mayor es la presencia de múltiples medicaciones en el historial del paciente, es decir *POLIFARMACIA* definida como la presencia de 4 o más medicaciones de manera crónica por más de 3 meses. (Hazzard., 2003)

Existen factores predisponentes característicos en los adultos mayores que se pueden asociar con delirium, entre los cuales están los siguientes:

- A. Edad avanzada.
- B. Deterioro cognitivo preexistente.
- C. Deprivación

- D. sensorial.
- E. Enfermedades crónicas graves (hepáticas o renales)
- F. Deterioro funcional previo al ingreso.
- G. Infecciones (incluidas VIH y SIDA)
- H. Enfermedades del SNC (Parkinson, ACVA).
- I. Alteraciones electrolíticas (aumento de urea y creatinina).
- J. Intervención quirúrgica reciente.
- K. Trauma (incluyendo quemaduras y fractura de cadera).
- L. Uso o dependencia de alcohol, hipnótico-sedantes, opiáceos.

Las principales enfermedades y fármacos asociados con la aparición de delirium en el adulto mayor son las siguientes: (Luis Romero, 2003)

- 1. Neurológicas.
 - Vasculares.
 - ACVA Isquémico (Lóbulo parietal derecho y superficie ínfero-medial del lóbulo occipital).
 - Hematoma intraparenquimatoso.
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Infecciones: Meningitis, encefalitis.
 - Traumatismos Craneoencefálicos.
 - Tumores primarios o metastásicos.
 - Epilepsia y estados post-ictales.

2. Cardiopulmonar

- IAM, ICC, TEP, Neumonía
- Encefalopatía hipertensiva.
- Situaciones de hipotensión severa

3. Gastrointestinal

- Encefalopatía hepática.
- Impactación fecal grave.

4. Genitourinario

- Insuficiencia renal.
- ITU.
- Retención urinaria grave.

5. Reumatológicas

- Vasculitis.

6. Infecciosas

- - Cualquier proceso.

7. Metabólicas:

- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Déficits vitamínicos severos y/o Malnutrición.

- Hiperglucemia o hipoglucemia.
 - Hiper/hipotiroidismo.
8. Neoplasias.
 9. Dolor severo postoperatorio

Fármacos y Tóxicos que pueden causar delirium

1. Hipnóticos y sedantes:
 - Benzodiacepinas vida media larga
 - Barbitúricos.
 - Hidrato de Cloral.
2. Narcóticos: Meperidina, Morfina
3. Fármacos efecto anticolinérgico:
 - Antihistamínicos (Difenhidramina, hidroxicina)
 - Antiespasmódicos (Difenoxilato, hioscina)
 - Tricíclicos (Amitriptilina, imipramina, doxepina)
 - Fenotiacinas (Tioridazina)
 - Benzotropina, trihexifenidilo
 - Antiarrítmicos (quinidina, disopiramida, lidocaína)
4. Fármacos cardiovasculares:
 - Digoxina a niveles tóxicos, Amiodarona.

- Propranolol, Metildopa, reserpina.

5. Antibióticos:

- Penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, Sulfamidas

6. Broncodilatadores.

- Altas dosis anticolinérgicos inhalados.
- Niveles altos de teofilina.

7. Miscelánea.

- Cimetidina
- Metoclopramida
- Esteroides
- AINES a altas dosis, salicilatos
- Anticonvulsivantes, sobre todo fenitoína dosis altas
- Amantadina
- Levodopa y agonistas dopaminérgicos
- Cloroquina
- Antidiabéticos orales e insulina

8. Tóxicos.

- Anticolinesterasas
- Insecticidas organofosforados
- Monóxido o dióxido de carbono
- Sustancias volátiles: gasolina, pintura

Factores relacionados con la Hospitalización en el adulto mayor

- alteraciones sensoriales
- privación del sueño
- entorno no familiar
- cambios frecuentes de habitación
- incontinencia
- dolor
- inmovilización.
- vías intravenosas
- uso de sondas
- estrés psicosocial

2.1.3 FISIOPATOLOGÍA

El proceso de envejecer genera cambios en el cerebro que favorecen la aparición de esta entidad.

Cambian las características bioquímicas y morfológicas de las neuronas y disminuyen el flujo plasmático cerebral, el número de neurotransmisores y el de receptores en el cerebro.

Todo ello predispone al anciano a padecer un cuadro confusional agudo. Por esta vía se interpreta su relativamente frecuente aparición en casos de una insuficiencia cardíaca de instauración brusca, en el postoperatorio de cualquier tipo de cirugía, cuando ocurre una agudización brusca de una enfermedad crónicamente establecida, en los ancianos con hipoglucemia, y, sobre todo en las situaciones que dan lugar a una deshidratación sea cual fuere la causa que la origine. Entre los neurotransmisores implicados la acetilcolina es el que

se considera desde hace muchos años como probablemente el más importante. (M.

LÁZARO-DEL NOGAL, 2009)

Otros neurotransmisores involucrados son la serotonina, la histamina, el glutamato y el ácido gama amino butírico. Asimismo se han señalado los niveles de triptófano, las citoquinas y las endorfinas. (DR. CATALDI AMATRIAIN ROBERTO, 2004)

2.1.4 CLÍNICA

Se inicia con descenso del nivel de conciencia e inatención, con respuestas exageradas ante estímulos bruscos. Inicialmente se detectan dificultades de atención, de concentración y desorientación (temporal al inicio, luego espacial). Posteriormente se desestructura el pensamiento, se vuelve incoherente, enlentecido, de contenidos con frecuencia delirantes (persecutorios, influidos por la personalidad del paciente, transitorios y no sistematizados) y se modifica la percepción apareciendo ilusiones y alucinaciones visuales, escenográficas y fantásticas y en ocasiones, también son auditivas o táctiles.

Es frecuente la presencia de inversión del ciclo vigilia/sueño (somnolencia diurna, empeoramiento nocturno). El estado de ánimo del paciente oscila entre lo ansioso (con despersonalización/ desrealización) y lo depresivo, pudiendo parecer lábil, perplejo o asustado, por lo que no es raro que muchos casos se diagnostican inicialmente como “depresión” o “ansiedad”.

Es frecuente el déficit de memoria con distorsiones (paramnesias) y amnesia lacunar del episodio, siendo en general la conciencia de enfermedad escasa. Se diferencian tres patrones, según la alteración de la conducta (en cualquier caso, es repetitiva y sin finalidad):

- Hiperactivo: hiperactividad, irritabilidad, agitación, inquietud, hiperactivo, síntomas psicóticos, con hiperactividad simpática (taquicardia, sudoración, taquipnea); se

corresponde con el clásico delirium (p. ej. delirium tremens por abstinencia del alcohol).

- **Hipoactivo:** letargo, inhibición, inactividad, lentitud, lenguaje escaso, perseverancia no psicosis, sin síntomas “vegetativos”; recibe también el nombre de síndrome confusional agudo.
- **Mixto:** es el más frecuente, con estupor durante el día y agitación nocturna.

En todos los casos hay que hacer un diagnóstico diferencial con causas psiquiátricas de agitación o estupor (manía, depresión, trastornos psicóticos, ansiedad).

2.1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

DE DELIRIUM CIE-10

Las pautas para el diagnóstico de Delirium según el CIE-10 (OMS, 2014) son:

a) Deterioro de la conciencia y de la atención (que abarca un espectro que va desde la obnubilación al coma y una disminución de la capacidad para dirigir, focalizar, mantener o desplazar la atención).

b) Trastorno cognoscitivo global (distorsiones de la percepción, alucinaciones e ilusiones, sobre todo visuales, deterioro del pensamiento abstracto y de la capacidad de comprensión, con o sin ideas delirantes pasajeras, pero de un modo característico con algún grado de incoherencia, deterioro de la memoria inmediata y reciente, pero con la memoria remota relativamente intacta, desorientación en el tiempo y, en la mayoría de los casos graves, en el espacio y para las personas).

c) Trastornos psicomotores (hipo- o hiperactividad y cambios imprevistos de un estado a otro, aumento del tiempo de reacción, incremento o disminución del flujo del habla, acentuación de la reacciones de sorpresa).

d) Trastornos en el ciclo del sueño-vigilia (insomnio o, en los casos graves, pérdida total del sueño o inversión de las fases del ciclo del sueño vigilia, somnolencia diurna, empeoramiento vespertino de los síntomas, ensueños desagradables o pesadillas que pueden prolongarse durante la vigilia en la forma de alucinaciones o ilusiones).

e) Trastornos emocionales, por ejemplo, depresión, ansiedad o miedo, irritabilidad, euforia, apatía o perplejidad.

El comienzo del cuadro suele ser rápido, en su curso deben presentarse fluctuaciones diurnas de los síntomas y la duración total del trastorno debe ser inferior a los seis meses. El cuadro clínico descrito es tan característico que un diagnóstico fiable de delirium puede hacerse incluso antes de confirmar su etiología. Si el diagnóstico ofrece duda, además de los antecedentes de una enfermedad somática o cerebral subyacente, puede ser necesario poner de manifiesto una disfunción cerebral (por ejemplo, mediante un electroencefalograma anormal, que habitual, pero no invariablemente, se caracteriza por un enlentecimiento de la actividad de fondo).

Incluye:

Síndrome agudo-cerebral

Estado confusional agudo o subagudo (no alcohólico).

Psicosis infecciosa aguda o subaguda.

Reacción orgánica aguda o subaguda.

Síndrome psico-orgánico agudo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIUM DSM 5

Las pautas para el diagnóstico de Delirium según la Guía de la Consulta de los Criterios

Diagnósticos del DSM-5, en su quinta edición (American Psychiatric Association, 2014) son:

- A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p. j., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de capacidad visuoespacial o de la percepción)
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencia de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p.ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

CRITERIOS CAM (Confusion Assessment method)

Escala diagnóstica de delirio (REYES, 2001)

1.- Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? SÍ/NO (si es NO, no seguir el test)

2.- Alteración de la atención

El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

SI/NO

(Si es NO, no seguir el test)

3.- Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? SI/NO

4.- Alteración del nivel de conciencia

Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso)

SI/NO

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

2.1.6 TRATAMIENTO

De acuerdo a la Revista de Adams J. Clinic Psychiatric (ADAMS F., 2002) el tratamiento se basa en lo siguiente:

No farmacológico

1. Medidas generales.
2. Vigilar la hidratación del paciente.
3. Nutrición parenteral en caso de déficit vitamínico.
4. Suplemento de oxígeno en caso de hipoxia secundaria a neumonías o neoplasia pulmonar.
5. Habitación iluminada, clara durante el día y con luz en la noche.
6. El paciente no debe estar aislado, lejos de la estación de enfermería, sino a la vista.
7. No se deberá ubicar en la misma habitación de un paciente delirante.
8. Mantener un acompañante permanente
9. Dosificación de estímulos ambientales para el control de los cuadros alucinatorios:
alucinaciones visuales: utilizar estímulos visuales; auditivos: emplear sonidos como la música suave.
10. Atención y visita del equipo médico con frecuencia y sin apuro.
11. Intervención cognitiva: la terapia que requiere participación activa del paciente es inapropiada. Se puede emplear la orientación verbal en tiempo, espacio, con diversas técnicas como colocar calendarios,
12. Repetir al paciente la fecha, la hora y el lugar en que se está.
13. Intervención psicológica: se basa fundamentalmente en el apoyo del equipo médico y familiares cercanos, con los que el paciente tiene mayor afinidad. Intervención educacional: dirigida al equipo de asistencia, enfermeras y familiares que atienden a pacientes geriátricos.

La restricción física sólo se indicará cuando peligre la vida del paciente, se muestren muy agresivos con familiares y equipo médico e impidan el manejo terapéutico.

Tratamiento farmacológico

Se le denomina restricción química y se hace con el objetivo de controlar los síntomas que impliquen peligro para la vida del enfermo (Luis Romero, 2003). Se emplean fundamentalmente drogas antipsicóticas y las benzodiacepinas.

Se usa sólo durante el episodio, para revertir signos y síntomas psicóticos, tratar la ansiedad y agitación, cuando las anteriores medidas han sido insuficientes. Se debe usar la mínima dosis durante el menor tiempo posible.

1. NEUROLÉPTICOS. Son los fármacos de elección.

Neurolépticos de alta potencia:

De elección cuando se presentan síntomas psicóticos, tienen pocos efectos sedantes, no efectos hipotensores pero tienen más efectos extrapiramidales.

- HALOPERIDOL
- RISPERIDONA.

Neurolépticos de baja potencia:

Comparados con los de alta potencia tienen menos efectos extrapiramidales pero más efectos sedantes, más efectos anticolinérgicos (lo cual puede agravar el delirium) y cardiovasculares (hipotensión).

- TIORIDACINA.
- LEVOMEPRIMAZINA.
- CLORPRIMAZINA.

2. BENZODIACEPINAS.

De uso para controlar de forma inmediata la agitación, ansiedad o para asegurar el sueño. Es el fármaco de elección en los casos de privación de sedantes-hipnóticos y alcohol, y son útiles como adyuvantes de los neurolépticos.

De elección las de vida media corta:

- Lorazepam
- Midazolam

2.1.7 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El delirium (BLANCO LÓPEZ B., 2004) puede evolucionar de forma variable, hacia la remisión (si el tratamiento ha sido precoz y eficaz puede constituir un estado transitorio pero que deja secuelas orgánicas cerebrales), o puede provocar la muerte. Existe consenso en que el delirium se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad.

Se ha demostrado que la morbilidad no puede pasar desapercibida, ya que puede producir déficit cognitivo irreversible, puede alargar el tiempo de hospitalización con las consecuencias que ello conlleva, supone un mayor riesgo de institucionalización, sobre todo en ancianos, y puede precisar cuidados y medidas rehabilitadoras continuas. Respecto a los síntomas residuales que muchos pacientes presentan en su evolución, conviene decir que es necesaria una vigilancia estrecha y continuada tras el alta hospitalaria, lo que requiere una optimización de las relaciones entre hospital y Atención Primaria.

Respecto a la mortalidad, se ha confirmado que es elevada sobre todo en ancianos hospitalizados, y también aumenta cuando han transcurrido unos meses tras ser diagnosticado el cuadro. Este mayor riesgo de muerte se asocia a una serie de factores pronósticos como la edad, la etiología, la presencia de patología neurológica previa y como la pluripatología basal existente.

El tipo de *delirium* más frecuente es el hipoactivo y también el menos diagnosticado.

2.1.8 SUBDIAGNÒSTICO EN EL HOSPITAL

Su evolución depende del tiempo de diagnóstico, se describe que es una patología severamente subdiagnosticada (68% de los casos no se diagnostican, 16% de los pacientes delirantes no tienen examen mental en el ingreso y 11% adicional se describe el examen como normal). (Marcela Carrasco, 2005)

CAPÍTULO III.- MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio transversal con alcance exploratorio.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estudiada se calculó tomando como referencia el universo total de pacientes adultos mayores (mayores de 65 años) hospitalizados durante el periodo de enero del 2014 a enero del 2015 en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, la información obtenida del Departamento de Estadística de la casa de salud fue que se hospitalizaron 1000 (mil) pacientes durante el período de enero a diciembre del 2014.

La fuente de información fue secundaria ya que se utilizaron los registros médicos de las personas hospitalizadas en el periodo de estudio.

Para definir el tamaño de la muestra, se tomó en cuenta los siguientes datos y se utilizó la fórmula a continuación descrita, con el significado de la misma: (Anexo 1)

Muestreo probabilístico

Población: 1000

Proporción de delirium: 15% proporción de delirium en adultos mayores obtenido de las revisiones bibliográficas arriba mencionadas.

Probabilidad 95%

Error 5%

- Para poblaciones finitas (menos de 100.000 habitantes):

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2 (N-1) + Z^2 * P * Q}$$

Leyenda:

n = Número de elementos de la muestra.

N = Número de elementos del universo.

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

Z² = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido: siempre se opera con valor sigma.

Véase la tabla de valores de Z.

E = Margen de error o de imprecisión permitido (lo determinará el director del estudio).

Se obtuvo una muestra de 300 pacientes, incluidos el 10% equivalente a error de lectura, legibilidad, mala transcripción o inadecuada interpretación de los datos así como también ausencia de los mismos. Los 300 pacientes se escogieron de forma aleatoria utilizando la función aleatoria del programa Excel. Fue un muestreo aleatorio tratando de asegurar objetividad en la selección de la muestra, además de garantizar que todos los miembros de la población en estudio tengan la misma probabilidad de ser seleccionados.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes adultos mayores es decir cuya edad sea de 65 años en adelante, pertenecientes a cualquier género, estado civil, escolaridad y ocupación, que hayan sido hospitalizados en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el periodo de Enero del 2014 a Enero del 2015.

2. Se incluyeron pacientes con cualquier causa o motivo de ingreso hospitalario, incluyendo también todas las comorbilidades preexistentes, excepto psiquiátricas.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Tomando como referencia el estudio del Dr. Carlos Regazzoni (CARLOS J. REGAZZONI, MAXIMILIANO ADURIZ, MARIA RECONDO, 2000), se excluyó a los siguientes pacientes:

1. Pacientes con confusión o diagnóstico de delirium al ingreso
2. Pacientes con antecedentes de sufrir patología psiquiátrica
3. Ingesta de drogas antipsicóticas
4. Pacientes derivados de otros servicios del hospital u otro sitio de internación
5. Pacientes que deciden irse o huyen durante las primeras 24 o 48 h de hospitalización

3.5 CATEGORIZACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Para la categorización y operacionalización de variables se tomó en cuenta los datos y parámetros que se pensaran pertinentes a estudiarse del registro médico o historia clínica del paciente en estudio. (ANEXO 2)

3.6 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO UTILIZADO

El instrumento de recolección de la información fue construido a partir de la operacionalización de variables en el programa Epi Info 7.1.5 en el módulo crear Cuestionarios, para disminuir los errores al momento de generar una tabla definitiva.

El instrumento contiene 41 variables descritas en el Anexo 3.

Durante la primera fase de recolección de datos, se tomó la decisión de añadir otro instrumento a ser utilizado para complementar la información de la primera fase, ya que la prevalencia encontrada era muy baja en comparación con lo reportado en otros países. Este instrumento sobre la patología delirium es basada en la encuesta utilizada en el estudio *Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos* (D.H. Ceraso, 2010).

Este instrumento fue aplicado en la segunda fase del estudio, al personal médico perteneciente al Hospital Enrique Garcés de la Ciudad de Quito, el mismo que contiene 18 ítems y fue aplicada totalmente anónima. (Anexo 4)

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. La muestra fue recogida en el Departamento de Estadística del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, en dicho lugar se analizaron las historias clínicas en forma física de los pacientes que se escogieron de forma aleatoria previamente, se usó la plataforma del programa EPI INFO 7 diseñada para el ingreso de los datos y así ir creando la base de datos para posteriormente ser analizada. El tiempo que se tomó para la recolección de datos fue de aproximadamente de 5 semanas.
2. Al finalizar con la primera fase de recolección de datos, se procedió a realizar la encuesta, como se explicó anteriormente este instrumento fue dirigido al personal médico del hospital en estudio. Se realizaron 30 encuestas que fue una muestra a conveniencia del investigador, y tomó menos de 1 semana para realizarla y al igual que los primeros datos se ingresaron en una segunda plataforma diseñada para específicamente para este estudio.

3.8 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó en los programas estadísticos EPI INFO 7.1.5.

Se realizó un análisis descriptivo uni y bivariado, utilizando el cálculo de medidas de tendencia central, para las variables cuantitativas y se determinó la distribución de las mismas, se utilizó estadísticas métricas o paramétricas, se utilizó también chi cuadrado o exacto de Fisher y OR como medida de asociación. Se realizaron gráficos de acuerdo a la pertinencia de las variables estudiadas.

3.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Según a las Normas Éticas para Investigación en Sujetos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, para garantizar los aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos se tiene que tomar los siguientes aspectos, mantener la confidencialidad de la información recolectada, al no realizarse el estudio directamente con pacientes no hay posibles riesgos ni a corto ni a largo plazo, ni la necesidad de suspender el estudio por efectos negativos.

Para cumplir la confidencialidad que es una obligación ética en la práctica de la medicina, se tomó medidas para garantizar la confidencialidad de los registros, ya sea mediante la limitación del acceso o con el reemplazo de la identificación o nombres de los pacientes por números o códigos de identificación. Este estudio codifico con números de acuerdo al orden que seguimos del muestreo aleatorio.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética y el Servicio de Docencia del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, el cual fue sustentado previamente por el Director y el Tutor Metodológico de la investigación.

CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron las historias clínicas de 300 pacientes escogidos aleatoriamente durante el periodo de Febrero, Marzo y Abril del año 2015, después de su respectivo análisis se encontraron los siguientes resultados:

TABLA N. 1

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE
DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL
PERÍODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO DEL 2015
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO 1**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD (años)		
menor a 75 años	159/300	53%
mayor a 75 años	141/300	47%
GÉNERO		
Hombre	141/300	47%
Mujer	159/300	53%
ESTADO CIVIL		
con pareja	182/300	60.67%
Casados		
unión libre		
sin pareja	118/300	39.33%
Divorciados		
solteros		
Viudos		
INSTRUCCIÓN		
con instrucción	233/300	77.67%
Básica		
Bachiller		
Superior		
sin instrucción	67/300	22.33%

analfabetos		
OCUPACIÓN		
Trabaja	211/300	70.33%
no trabaja	89/300	29.66%
Jubilado		
TIPO DE ENFERMEDAD AL INGRESO DEL PACIENTE		
clínicas	140/300	46.67%
quirúrgicas	160/300	53.34%
PRESENCIA DE PATOLOGÍA CRÓNICA		
con patología crónica	270/300	90%
sin patología crónica	30/300	10%
DELIRIUM		
Si	36/300	12%
No	264/300	88%
ALTA DEFINITIVA		
Si	234/300	78.00%
No	66/300	22.00%
ALTA TRANSITORIA		
Si	8/300	2.67%
No	292/300	97.33%
ASINTOMÁTICO		
Si	115/300	38.33%
No	185/300	61.67%
DISCAPACIDAD LEVE		
Si	3/300	1.00%
No	297/300	99.00%
DISCAPACIDAD MODERADA		
Si	9/300	3.00%
No	291/300	97.00%
DISCAPACIDAD GRAVE		
No	300/300	100%
RETIRO VOLUNTARIO		
Si	48/300	16%
No	252/300	84%
RETIRO INVOLUNTARIO		
Si	1/300	0.33%
No	299/300	99.67%
DEFUNCIÓN ANTES 48H		
No	300/300	100%

DEFUNCIÓN DESPUES 48H

No	300/300	100%
----	---------	------

SERVICIO HOSPITALARIO

MEDICINA INTERNA	101/300	33.67%
------------------	---------	--------

CIRUGÍA GENERAL	95/300	31.67%
-----------------	--------	--------

TRAUMATOLOGÍA	38/300	12.67%
---------------	--------	--------

UROLOGÍA	32/300	10.67%
----------	--------	--------

CIRUGÍA VASCULAR	13/300	4.33%
------------------	--------	-------

GINECOLOGÍA	9/300	3.00%
-------------	-------	-------

CIRUGÍA PLASTICA	5/300	1.67%
------------------	-------	-------

UCI	3/300	1.00%
-----	-------	-------

OTROS

Cr. Maxilo Facial	4/300	1.32%
-------------------	-------	-------

Emergencia		
------------	--	--

Neumología		
------------	--	--

Reumatología		
--------------	--	--

TIPO DE SERVICIO

Clínico	107/300	35.67%
---------	---------	--------

Quirúrgico	193/300	64.33%
------------	---------	--------

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

menos de 7 días	162/300	54.0%
-----------------	---------	-------

más de 7 días	138/300	46.00%
---------------	---------	--------

DIAS DE INCAPACIDAD

0 días	295/300	98.33%
--------	---------	--------

5 días	2/300	0.67%
--------	-------	-------

10 días	2/300	0.67%
---------	-------	-------

15 días	1/300	0.33%
---------	-------	-------

FORMA DE LLEGADA

AMBULATORIO	249/300	83.00%
-------------	---------	--------

NO AMBULATORIO	51/300	17.00%
----------------	--------	--------

CONDICIÓN DE LLEGADA

ESTABLE	279/300	93.00%
---------	---------	--------

INESTABLE	21/300	7.00%
-----------	--------	-------

CONSUME MEDICAMENTOS**(antes de la hospitalización)**

Si	294/300	98%
----	---------	-----

No	6/300	2%
----	-------	----

CUANTOS MEDICAMENTOS**(consumió durante la hospitalización)**

menos de 5 medicamentos	95/300	31.67%
-------------------------	--------	--------

En la tabla superior se observa la descripción de cada una de las variables estudiadas y lo que se encontró fue lo siguiente:

En la población de estudio se encontró un porcentaje del 53% correspondiente a menores de 75 años y 47% correspondiente al grupo de mayores de 75 años.

El género predominante son las mujeres que en relación a los hombres tiene un porcentaje del 53%.

Al estado civil se lo dividió en dos grupos, el que predominó con un 60.67% es el grupo denominado *con pareja*, en relación al grupo *sin pareja* que representa el 39%.

En relación a la instrucción predominó el grupo *con instrucción* el cual representa al 78%, en relación al grupo *sin instrucción* el cual representó el 22%.

Respecto a la ocupación del paciente, se observa que el grupo que predomina es que *trabaja* representado en un 70%, en relación al grupo que *no trabaja* que corresponde al 30%.

Se analizó la diferencia entre el tipo de patología con la cual el paciente ingresó al hospital y se observó que predominan las causas quirúrgicas con un porcentaje del 53%, en relación a las causas clínicas las cuales representan un 47%.

Se analizó la presencia o no de comorbilidad y se observó que un porcentaje del 90% presentó patología crónica, en relación a un bajo porcentaje del 10% que no la tuvo.

Se encontró una frecuencia de Delirium en los pacientes adultos mayores hospitalizados del 12%.

Se analizó el tipo de alta que les dieron a los pacientes y se encontró que el 78% de los pacientes egresaron del hospital con el alta definitiva, seguidos de un porcentaje menor que egresaron con el alta transitoria. Además de observar un porcentaje del 38% de los pacientes que al parecer se marcaron como asintomáticos, en relación al 62% que se no se marcaron es decir salieron del hospital sintomáticos.

Se describió el tipo de discapacidades en los pacientes en las cuales se observó solo el 1% con discapacidad leve, en relación al 3% con discapacidad moderada y al 0% con discapacidad grave.

Al describir los tipos de retiro se observó un 16% con retiro voluntario en relación al 0.33% con retiro involuntario.

En relación a la defunción antes y después de las 48h, se encontró que ningún paciente falleció durante el tiempo de hospitalización.

En relación al servicio en donde fueron hospitalizados se observa un porcentaje mayor es decir el 34% en Medicina Interna, seguido del 32%-en Cirugía General, el 13% y menores porcentajes en los demás servicio del hospital, excluyendo servicios pediátricos como es lógico.

Al describir el tipo de servicio al que ingresaron, los porcentajes indican un 64% en servicios quirúrgicos, y un porcentaje de 36% en los clínicos.

Referente al tiempo de hospitalización el porcentaje mayor el 54% corresponde a un período menor a 7 días, y el 46% a un período mayor a 7 días.

Con respecto a días de incapacidad o días de reposo después de la hospitalización, el porcentaje mayor fue de 98%, correspondiente 0 días de descanso.

En relación a la forma y condición de llegada, el 83% llegaron de forma ambulatoria, en relación al 17% que no lo hizo. Y el 93% llegaron al hospital de forma estable, en relación al 7% que no lo hicieron.

En relación al consumo de medicamentos antes de la hospitalización el porcentaje de que si consumían fue del 98%.

Se relacionò el número de medicamentos consumidos durante la hospitalización, el valor de consumir más de 5 medicamentos fue de 68% en relación a consumir menos de 5 medicamentos que fue del 32%.

TABLA N. 2

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DELIRIUM
EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE
GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DEL 2014
A ENERO DEL 2015**

VARIABLE	FRECUENCIA	DELIRIUM(si)	OR	IC/95%	p < 0.05
EDAD (años)					
menor a 75 años	159	5(14%)	0.1152	0.043-0.3057	0.001
mayor a 75 años	141	31(86%)			
GENERO					
Hombre	141	18(50%)	1.1463	0.5712-2.3007	0.7249
Mujer	159	18(50%)			
EST. CIVIL					
con pareja	182	18(50%)			
Casados					
unión libre					
sin pareja	118	18(50%)	1.64	0.81-3.29	0.2
Divorciados					
solteros					
viudos					

INSTRUCCIÓN					
con instrucción	233	16(44%)	0.37	0.18-0.75	0.001
básica					
bachiller					
superior					
sin instrucción	67	20(56%)			
analfabetos					
OCUPACIÓN					
trabaja	211	19(53%)	0.41	0.20-0.85	0.01
no trabaja	89	17(47%)			
jubilado					
TIPO DE ENFERMEDAD AL INGRESO DEL PACIENTE					
clínicas	140	29(81%)	5.71	2.41-13.50	0.001
quirúrgicas	160	7(19%)			
presencia de enfermedades crónicas					
con patología crónica	270	34(94%)	0.49	0.11-2.17	0.55
sin patología crónica	30	2(6%)			
ALTA DEFINITIVA					
Si	234	22(61%)	0.38	0.18-0.80	0.01
No	66	14(39%)			
ALTA TRANSITORIA					
Si	8	3(8%)	4.7	1.7-20.6	0.05
No	292	33(92%)			
ASINTOMÁTICO					
Si	115	48(11%)	0.17	0.05-0.50	0.001
No	185	32(89%)			
DISCAPACIDAD LEVE					
Si	3				
No	297	36(100%)	0.001		1.0
DISCAPACIDAD MODERADA					
Si	9	2(6%)	2.15	0.43-10.82	0.29
No	291	34(94%)			
DISCAPACIDAD GRAVE					
No	300	36(100%)			1.0
RETIRO VOLUNTARIO					

Si	48	4(11%)	0.62	0.21-1.85	0.47
No	252	32(89%)			
RETIRO INVOLUNTARIO					
Si	1		0.001		1.0
No	299	36(100%)			
DEFUNCIÓN ANTES 48H					
No	300				1.0
DEFUNCIÓN DESPUES 48H					
No	300				1.0
SERVICIO HOSPITALARIO					
MEDICINA INTERNA	101				
CIRUGIA GENERAL	95				
TRAUMATOLOGIA	38				
UROLOGIA	32				
CIRUGIA VASCULAR	13				
GINECOLOGIA	9				
CIRUGIA PLASTICA	5				
UCI	3				
OTROS					
Cr. Maxilo Facial	4				
Emergencia					
Neumología					
Reumatología					
TIPO DE SERVICIO					
Clínico	107	28(78%)	8.19	3.57-18.77	0.001
Quirúrgico	193	8(22%)			
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN					
menos de 7 días	162	11(31%)	0.32	0.15-0.69	0.001
mayor a 7 días	138	25(69%)			
FORMA DE LLEGADA					
AMBULATORIO	249	17(47%)	0.12	0.05-0.26	0.001
NO AMBULATORIO	51	19(53%)			
CONDICIÓN DE LLEGADA					
ESTABLE	279	29(81%)	0.23	0.08-0.62	0.001
INESTABLE	21	7(19%)			

**CONSUME
MEDICAMENTOS
(ANTES DE
HOSPITALIZACIÓN)**

Si	294	36(100%)	1.0
No	6	0.001	

**CUANTOS
MEDICAMENTOS
CONSUMIO DURANTE
LA
HOSPITALIZACIÓN**

menos de 5 medicamentos	95	13(36%)	0.21	0.10-0.44	0.001
más de 5 medicamentos	205	23(64%)			

En la tabla superior podemos observar la relación de las variables con nuestra variable dependiente que en este caso es la variable *delirium*, los datos encontrados fueron los siguientes:

En relación a la edad, se observa que el porcentaje de pacientes mayores de 75 años con *delirium* es del 86%, con un valor de p de 0.01 lo cual nos indica que existe una asociación entre las variables, y un OR de 0.1152 lo cual nos indica que es estadísticamente significativo interpretando la edad como un factor de riesgo para desarrollar *delirium*.

Respecto al género, se observa por el valor de p de 0.72 que no existe asociación entre las variables, se nota también que presentaron *delirium* igual número de hombres como de mujeres. Y de acuerdo al IC de 0.57-2.30 podemos decir que el valor de OR de 1.14 no tiene significancia estadística.

En relación al hecho de tener pareja o no tenerla con la presentación de *delirium*, se observó por el valor de p de 0.20 que no existe asociación entre las variables.

En relación a la instrucción de los pacientes, se encontró un valor de p de 0.01 es decir que si hay asociación entre estas variables, considerando el valor de OR de 0.37 como el hecho de tener instrucción cualquiera que fuese esta, como un factor protector para no desarrollar delirium, y observando el IC de 0.18-0.75 este valor nos indica que si es estadísticamente significativa esta relación.

En relación a la ocupación del paciente, las tablas nos muestran que existe un mayor número de casos de delirium en pacientes que trabajan, según el valor de p de 0.03 nos indica que si existe asociación de estas variables.

Al tomar en cuenta el tipo de enfermedad del paciente al ingreso al hospital, se observa que tienen 5 veces más probabilidad de desarrollar delirium las enfermedades clínicas con un valor OR del 5.71, valor que es estadísticamente significativo por su valor de IC de 2.41-13.50.

En relación a la presencia o no de enfermedades crónicas con la aparición de delirium, se encontró que estas variables no se asocian con un valor de p de 0.55, un valor de OR de 0.49 el cual nos indica que el no tener enfermedad crónica es un factor protector para no desarrollar la patología, pero con un IC de 0.11-2.17 lo cual nos indica que no hay significancia estadística.

En relación a los tipos de altas, se observa que el alta transitoria si tiene asociación con la variable delirium con un valor de p de 0.05, sugiriendo que el egresar con alta transitoria es un factor de riesgo para desarrollar delirium lo cual lo indica el valor de OR de 4.7, valor que si es estadísticamente significativo con un IC de 1.07-20.6. Con relación al alta definitiva podemos decir que existe asociación por un valor de p de 0.01, el valor de OR de 0.38 indica que el egresar con el alta definitiva es un factor protector para no desarrollar delirium, valor que si estadísticamente significativo por el valor del IC que es de 0.18-0.80.

El hecho de egresar asintomático o no, si tienen asociación estas variables con un valor de P de 0.01, considerando el hecho de al salir asintomático es un factor protector para el no desarrollar delirium con un OR de 0.17, valor que si estadísticamente es significativo con un valor del IC de 0.05-0.50.

En relación a las discapacidades podemos interpretar lo siguiente, con la discapacidad grave no existe asociación porque ningún paciente con delirium presenta discapacidad grave, con la moderada tampoco existe asociación de variables con un valor de p de 0.29, ni tampoco existe significancia estadística según el valor del IC. Y con la discapacidad grave tampoco existe asociación porque ningún paciente con delirium salió del hospital o tenía discapacidad grave. En relación al retiro voluntario se observó por el valor de p de 0.47 que no hay una asociación entre las variables, el OR de 0.62 y su IC nos indica que no tienen significancia estadística. Respecto a retiro involuntario y delirium no existe ni asociación ni significancia estadística, ya que ninguno de los pacientes que presentó delirium salió del hospital con retiro involuntario.

En relación la defunción antes o después de las 48h de hospitalización del paciente, ningún de las dos se asocian con la aparición de esta patología, siendo así las dos tienen un valor de 1.00.

En relación al tipo de servicio en donde se hospitalizo el paciente, se observó que si tiene asociación con la variable delirium con un valor de p de 0.00, encontrando un porcentaje del 78% de pacientes con delirium que estuvieron hospitalizados en áreas clínicas, es decir que si tomamos en cuenta el valor de OR de 8.19 se interpreta diciendo que el paciente tiene 8 veces más probabilidad de presentar delirium en estas áreas, que acorde con el IC de 3.57 – 18.77 este valor si tiene significancia estadística.

En relación al tiempo de hospitalización se observó lo siguiente, primero que si existe asociación con la presencia de delirium con un valor de p de 0.01, en relación al OR de 0.32 se determina que existe un factor protector para no presentar delirium el estar menos de 5 días de hospitalización, valor que se corrobora con la mayor frecuencia en la aparición de delirium en un 69% al estar más de 5 días hospitalizados, valores que si son significativamente estadísticos.

En relación a la forma y a la condición de llegada, se observó un porcentaje del 53% de pacientes que presentaron delirium llegaron de forma no ambulatoria, que según el valor de p de 0.01 demuestra que estas variables si tienen asociación, y el valor de OR de 0.12 indica que el llegar de manera ambulatoria es un factor protector para no presentar delirium en el tiempo de hospitalización, valor que es significativamente estadístico según los valores de nuestro IC que es de 0.05 a 0.26. Referente a la condición de llegada podemos observar que el 81% de pacientes que presentaron delirium llegaron al hospital en condición estable, con nuestro valor de p de 0.01 podemos decir que si existe asociación entre las variables.

El hecho de haber consumido o no medicamentos antes de ser hospitalizado no tiene asociación con la presentación o no de delirium, tenemos un valor de p de 1.0.

En relación al número de medicamentos consumidos por los pacientes durante el periodo de hospitalización, se observó lo siguiente, el 64% de los pacientes que tuvieron delirium consumieron más de 5 medicamentos en su periodo de hospitalización, nuestro valor de p de 0.01 indica que si existe asociación al cruzar estas variables, y el valor de OR de 0.21 refiere que existe un factor protector al tomar menos de 5 medicamentos para no presentar delirium en el periodo de hospitalización, valor que según el IC de 0.10-0.44 si tiene significancia estadística.

TABLA N. 3

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DELIRIUM

EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE

GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DEL 2014

A ENERO DEL 2015

ANÁLISIS MULTIVARIADO

VARIABLE	FRECUENCIA	DELIRIUM(si)	OR	IC/95%	p < 0.05	OR AJUSTADO
EDAD (años)						
menor a 75 años	159	5(14%)	0.1152	0.043-0.3057	0	0.02
mayor a 75 años	141	31(86%)				
GENERO						
Hombre	141	18(50%)	1.1463	0.5712-2.3007	0.7249	
Mujer	159	18(50%)				
EST. CIVIL						
con pareja	182	18(50%)				
casados						
unión libre						
sin pareja	118	18(50%)	1.64	0.81-3.29	0.2	
divorciados						
solteros						
viudos						
INSTRUCCIÓN						
con instrucción	233	16(44%)				
básica						
bachiller						
superior						
sin instrucción	67	20(56%)	0.37	0.18-0.75	0.01	
analfabetos						
OCUPACIÓN						
trabaja	211	19(53%)			0.03	
no trabaja	89	17(47%)				
jubilado						
TIPO DE ENFERMEDAD AL						

INGRESO DEL PACIENTE					
clínicas	140	29(81%)	5.71	2.41-13.50	0.01
quirúrgicas	160	7(19%)			
PRESENCIA DE PATOLOGÍA CRÓNICA					
con patología crónica	270	34(94%)	0.49	0.11-2.17	0.55
sin patología crónica	30	2(6%)			
ALTA DEFINITIVA					
Si	234	22(61%)	0.38	0.18-0.80	0.01
No	66	14(39%)			
ALTA TRANSITORIA					
Si	8	3(8%)	4.7	1.7-20.6	0.05
No	292	33(92%)			
ASINTOMÁTICO					
Si	115	48(11%)	0.17	0.05-0.50	0.01
No	185	32(89%)			
DISCAPACIDAD LEVE					
Si	3				
No	297	36(100%)	0		1.0
DISCAPACIDAD MODERADA					
Si	9	2(6%)	2.15	0.43-10.82	0.29
No	291	34(94%)			
DISCAPACIDAD GRAVE					
No	300	36(100%)			1.0
RETIRO VOLUNTARIO					
Si	48	4(11%)	0.62	0.21-1.85	0.47
No	252	32(89%)			
RETIRO INVOLUNTARIO					
Si	1		0		1.0
No	299	36(100%)			
DEFUNCIÓN ANTES 48H					
No	300				1.0
DEFUNCIÓN DESPUES 48H					

No	300				1.0
SERVICIO HOSPITALARIO					
MEDICINA INTERNA	101				
CIRUGÍA GENERAL	95				
TRAUMATOLOGÍA	38				
UROLOGÍA	32				
CIRUGÍA VASCULAR	13				
GINECOLOGÍA	9				
CIRUGÍA PLÁSTICA	5				
UCI	3				
OTROS					
Cr. Maxilo Facial	4				
Emergencia					
Neumología					
Reumatología					
TIPO DE SERVICIO					
Clínico	107	28(78%)	8.19	3.57-18.77	0.001
Quirúrgico	193	8(22%)			
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN					
menos de 7 días	162	11(31%)	0.32	0.15-0.69	0.001
mayor a 7 días	138	25(69%)			
FORMA DE LLEGADA					
AMBULATORIO	249	17(47%)	0.12	0.05-0.26	0.01
NO AMBULATORIO	51	19(53%)			
CONDICIÓN DE LLEGADA					
ESTABLE	279	29(81%)	0.23	0.08-0.62	0.01
INESTABLE	21	7(19%)			
CONSUME MEDICAMENTOS (ANTES DE HOSPITALIZACIÓN)					
Si	294	36(100%)			1.0
No	6	0			
CUANTOS MEDICAMENTOS CONSUMIO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN					

menos de 5 medicamentos	95	13(36%)	0.21	0.10-0.44	0.001L
más de 5 medicamentos	205	23(64%)			

En la tabla superior de la regresión logística se observa que los valores de edad y de forma de llegada, son las dos únicas variables con valores que son predecibles factores de riesgo para delirium.

TABLA N.4

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DELIRIUM
EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE
GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DEL 2014
A ENERO DEL 2015**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO 2

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPECIALIDAD		
Traumatología	7	23.33%
Medicina Familiar	4	13.33%
Medicina Interna	4	13.33%
Cirugía General	3	10%
Emergencia	3	10%
Cirugía Vascular	2	6.67%
Urología	2	6.67%
Intensivista	2	6.67%
Psiquiatría, Ginecología y Neurología	1	9.99%
CATEGORÍA		
Residente	11	36.67%
Médico Tratante	7	23.33%
Enfermera	7	23.33%
Interno Rotativo	5	16.67%
SERVICIO		

Medicina Interna	8	26.67%
Traumatología	7	23.33%
Ginecología	3	10.00%
Cirugía General	3	10.00%
UCI	3	10.00%
Cirugía Vascular	2	6.67%
Urología	2	6.67%
Emergencia	2	6.67%
CUANTO TIEMPO TRABAJA EN EL SERVICIO		
4 semanas	6	20.00%
2 años	5	16.67%
6 meses	5	16.67%
30 años	3	10.00%
3 años	3	10.00%
1 año	2	6.67%
17 años	1	3.33%
12 años	1	3.33%
6 años	1	3.33%
4 meses	1	3.33%
3 meses	1	3.33%
2 meses	1	3.33%
CONOCE USTED LA PATOLOGÍA LLAMADA DELIRIUM		
Si	28	93.33%
No	2	6.67%
EN SU SERVICIO SE EVALUA LA PRESENCIA DE DELIRIUM		
Ocasionalmente	14	46.67%
Nunca	8	26.67%
Frecuentemente	6	20.00%
Siempre	2	6.67%
CUANTOS PACIENTES HA DIAGNOSTICADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES		
0	6	20.00%
1	5	16.67%
2	8	26.67%
3	11	36.67%
CUANTOS PACIENTES CON DELIRIUM HA ATENDIDO EN EL ÚLTIMO MES		

0	24	80.00%
1	6	20.00%
QUE GRUPO DE PACIENTES CREE UD QUE ES MAS SUCEPTIBLE A PRESENTAR DELIRIUM		
Adultos Mayores	14	46.67%
Presencia de múltiple comorbilidad	13	43.33%
Pacientes Intubados	1	3.33%
Cirugías de larga duración	1	3.33%
Pctes con hospitalización > 24 h	1	3.33%
ESTA USTED FAMILIARIZADO CON LA SINTOMATOLOGÍA DEL DELIRIUM		
Si	25	83.33%
No	5	16.67%
AGITACIÓN PSICOMOTORA		
Si	5	16.67%
No	25	83.33%
SÍNTOMAS DE INICIO RECIENTE		
Si	13	43.33%
No	17	56.67%
PENSAMIENTO DESORGANIZADO		
Si	18	60%
No	12	40%
ALUCINACIONES		
Si	13	43.33%
No	17	56.67%
FLUCTUACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA		
Si	14	46.67%
No	16	53.33%
HA DIAGNOSTICADO DELIRIUM EN EL PASADO		
Si	21	70.00%
No	9	30.00%
SI LO HA HECHO, DONDE LO DOCUMENTA		
Notas de Evolución	21	70.00%
No aplicable	9	30.00%
QUE HERRAMIENTA USA USTED PARA DIAGNOSTICAR		

DELIRIUM		
CLÍNICA		
Si	25	83.33%
No	5	16.67%
NOTAS DE ENFERMERÍA		
Si	8	26.67%
No	22	73.33%
TEST PARA DELIRIUM (TEST CAM)		
Si	8	26.67%
No	22	73.33%
CRITERIOS CIE 10		
Si		
No	30	100%
CRITERIOS DSM V		
Si		
No	30	100%
NOTAS DE MD, RESIDENTES O INTERNOS		
Si	2	6.67%
No	28	93.33%
OTROS		
No	30	100%
CUAL FUE SU MNEJO, EN UN PACIENTE CON DELIRIUM FARMACOLOGICO		
Si	21	70%
No	9	30%
NO FARMACOLÓGICO		
Si	6	20%
No	24	80%
I/C PSIQUIATRÍA		
Si	10	33.33%
No	20	66.67%
I/C NEUROLOGÍA		
Si		
No	30	100%
MANEJO DE ENFERMERÍA		
Si	1	3.33%
No	29	96.67%

CREE USTED QUE EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM TIENE QUE SER VALORADO POR UN ESPECIALISTA		
Si	29	96.67%
No	1	3.33%
CREE UD QUE EL DELIRIUM ES SUBDIAGNOSTICADO		
Si	30	100%
No		
PORQUE? EN SU PISO NO SE EVALUA		
Si	9	30
No	21	70%
NO SE REGISTRA		
Si	1	3.33%
No	29	96.67%
CONFUSION CON OTRA PATOLOGIA PSIQUIATRICA O NEUROLOGICA		
Si	10	33.33%
No	20	66.67%
DESCONOCIMIENTO DE LA PATOLOGIA		
Si	23	76.67%
No	7	23.33%
DESCONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO		
Si	7	23.33%
No	23	76.67%
OTROS		
Si		
No	30	6%

En la tabla superior se observa en detalle los parámetros que se tomaron en cuenta en la realización de la encuesta al personal médico, se la realizo a 30 trabajadores de la salud pertenecientes al hospital en estudio, en la cual se observaron los siguientes hallazgos:

El mayor porcentaje de especialidades correspondiente al personal médico evaluado fue Traumatología con un 23%, seguido de Medicina Interna y Cirugía con un 13% respectivamente. Seguidos a su vez por porcentajes menores de las demás especialidades médicas encargadas del cuidado del adulto mayor en el Hospital.

La encuesta fue respondida en su mayoría por Médicos Residentes correspondiente al 36.67%, seguido por Médicos Tratantes y Enfermeras en la misma proporción del 23%, y un último grupo de Internos Rotativos equivalente al 16.67%.

Se evaluó también el Servicio en donde desempeñaban sus funciones, y el tiempo en que se encontraban trabajando en el mismo. Tiempo que varía y va desde 4 semanas hasta 30 años.

Al preguntar si el profesional de la salud conoce la patología llamada Delirium, se observó que el 98% de lo evaluados si la conocen, y respondieron también que en el servicio que trabajan respectivamente se evalúa ocasionalmente esta patología (46.67 %), seguido de una respuesta de nunca se evalúa correspondiente al 26.67%.

En los últimos 6 meses el personal de salud dijo haber visto la mayoría de ellos (36.67%) 3 pacientes con Delirium, y refieren la mayoría (80%) de ellos en la siguiente pregunta no haber visto ni atendido ningún paciente con esta patología en el último mes.

Al preguntar cuál de los grupos nombrados son los pacientes más susceptibles a presentar delirium, ellos responden con una mayoría del 47% que los adultos mayores, seguido de un porcentaje no muy menor al anterior del 43% correspondiente a pacientes con múltiple comorbilidad, dato que nos indica que el personal de salud está consciente de la fragilidad de este tipo de pacientes.

Una de las interrogantes se refiere al conocimiento o no sobre la sintomatología de delirium en el personal de salud, en donde se obtuvo un 83.33% afirmando sobre su conocimiento, y de acuerdo a la sintomatología más frecuente fueron pensamiento desorganizado,

fluctuaciones del nivel de conciencia, alucinaciones, síntomas de inicio reciente y el menos frecuentes fue agitación psicomotora.

El estudio mostro que el 70% del personal encuestado ha diagnosticado delirium en el pasado, al igual que el 70% nos refirió que lo documentan en las notas de evolución.

Se encontró como hallazgo también que la herramienta que ellos más frecuente utilizan para el diagnóstico de Delirium es la clínica (83%), dejando atrás test específicos y criterios mencionados en la literatura para el diagnóstico de la patología mencionada.

Al cuestionar cuál sería el manejo del paciente con Delirium según los profesionales de salud el 70% le daría manejo farmacológico, con valores bajos respecto al que si deberían hacer la interconsulta a Psiquiatría o Neurología.

Contraria con la respuesta de la pregunta anterior, en esta pregunta un 97% de los encuestados piensa que el paciente con diagnóstico de delirium si necesita una interconsulta con el especialista.

El estudio mostro que todos los profesionales de la salud encuestados piensan que existe un subdiagnóstico (100%). La respuesta es porque existe un desconocimiento de esta patología (77%), seguido por una confusión de esta con algún otro tipo de patología psiquiátrica o neurológica (33%)

.

CAPÍTULO V.- DISCUSIÓN

En base a la información recolectada el presente estudio muestra una frecuencia de delirium del 12% ligeramente inferior en relación a la frecuencia encontrada en la bibliografía internacional, la cual va del 25 – 50 % (Peru 34.9%, Chile 22.4%). Esta diferencia encontrada puede ser justificada debido a que en esta institución el subdiagnóstico de delirium fue del 60%, a causa del desconocimiento del personal médico con respecto a esta patología. Un factor a considerar es la baja calidad que tienen muchos de los registros (historias clínicas) que se utilizaron en la recolección de datos.

Los factores asociados a delirium, estadísticamente significativos fueron edad, instrucción, ocupación, tipo de patología al ingreso, alta definitiva, egreso asintomático, tipo de servicio en el que fueron hospitalizados, tiempo de hospitalización, forma y condición de llegada, y número de medicamentos administrados durante la hospitalización; de estas las dos únicas variables que después de la regresión logística tuvieron relación fueron la edad y la forma de llegada.

En el estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Martins de la ciudad de Lima (Jose Amado, 2013), no se encontró relación con las variables mencionadas anteriormente; mientras que en el estudio realizado en el Programa de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos de la Universidad Católica de Chile (Palma Alejandra, 2008), se encontró que si se relacionan los pacientes que presentaron delirium con el tipo de enfermedad y los síntomas al momento de la hospitalización.

La bibliografía de respaldo como el artículo Síndrome Confusional Agudo (Delirium) en el anciano del Servicio de Geriátrica del Hospital San Carlos de España (M. LÁZARO-DEL NOGAL, 2009), refiere que existe relación entre los pacientes que desarrollaron delirium con el tiempo de hospitalización, y el número de medicamentos consumidos durante este período.

En la bibliografía revisada no se encontró relación entre delirium y variables como condición y forma de llegada al hospital, estos datos se recolectaron a partir de los registros médicos de cada paciente, debido a la inexistencia de información que respalden estos hallazgos, surge la necesidad de tomarlos en cuenta en estudios posteriores.

En la encuesta realizada a los profesionales de la salud se encontró que el subdiagnóstico y el desconocimiento acerca de esta patología son altos (60%), datos que son corroborados con la bibliografía existente en la cual en países como México, Argentina, Chile y Colombia (D.H. Ceraso, 2010) alcanzan valores del 50%.

Se debe tomar en cuenta que nuestra población de estudio se caracteriza por tener múltiple comorbilidad, es decir son pacientes con alta frecuencia de síntomas tanto físicos como psicológicos, los mismos que con frecuencia no son evaluados o son evaluados de una manera incorrecta por el equipo médico, ya sea por el desconocimiento sobre esta patología clínica sobre su manejo, o por priorizar la causa del ingreso del paciente al hospital.

Considerando así, que el relato de síntomas aportado por los mismos pacientes es la herramienta más fiable para el diagnóstico temprano de delirium, previniendo gastos innecesarios en suministros médicos, disminuyendo los gastos como unidad hospitalaria y algo importante optimizar la calidad de vida del paciente a la salida de su hospitalización, transformándose como objetivo terapéutico fundamental del personal médico.

CAPÍTULO VI.-

6.1 CONCLUSIONES

- Se encontró una frecuencia de Delirium del 12% en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el periodo de Enero del 2014 a Enero del 2015, frecuencia que es ligeramente menor a la encontrada en nuestras referencias bibliográficas.
- Se encontró en el estudio que la edad es un factor de riesgo predisponente para desarrollar delirium en pacientes hospitalizados, es decir a mayor edad del paciente la probabilidad de presentar delirium aumenta.
- Después del extenso análisis se determinó que las variables que tienen relación con la aparición de delirium durante la hospitalización son, instrucción, ocupación, tipo de enfermedad con la que el paciente ingresa al hospital, tipo de alta como definitiva o transitoria, egreso asintomático o no del paciente, tipo de servicio en donde fue hospitalizado, al igual que el tiempo de permanencia en el hospital, la condición y la forma de llegada, y el número de medicamentos consumidos durante la hospitalización del paciente.
- Se concluyó también que en relación al tipo de servicio en donde fue ingresado el paciente durante su hospitalización, las especialidades clínicas son en donde los pacientes desarrollan más delirium, en relación a las especialidades quirúrgicas.
- Respecto a la relación del personal médico con el conocimiento sobre esta patología se concluye que existe falta de educación y desconocimiento general acerca del delirium, en particular en diagnóstico y tratamiento precoz.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que en el futuro se realicen investigaciones de tipo transversal en las instituciones médicas de nuestro país en donde la población de adultos mayores sea elevada, buscando beneficio en la calidad de vida a corto y a largo plazo del paciente con diagnóstico de delirium en el tiempo de hospitalización.
- Al ser una patología prevenible se recomienda instruir al personal médico individual e institucional en el uso frecuente de test y criterios adecuados en el diagnóstico de delirium, para que deje de ser una patología subdiagnosticada y subestimada en pacientes frágiles como son los adultos mayores.
- A nivel institucional se recomienda se coloque al delirium en un plano de igualdad con otros trastornos patológicos del adulto mayor y así lograr priorizar al delirium y atraer la atención de los servidores de la salud.
- Informar e incluir a la familia del paciente sobre el manejo de esta patología.
- Tomando en cuenta que en la actualidad, el delirium se incluye como marcador de calidad de atención médica y de seguridad del paciente. Es importante hacer las modificaciones requeridas para reducir la incidencia del mismo, tomando en cuenta los factores de riesgo encontrados en este estudio.

6.3 SESGO Y LIMITACIONES

El valor de prevalencia encontrado en este estudio es ligeramente menor a los valores encontrados en otros estudios nombrados anteriormente, esto es debido a que no se diagnosticó delirium directamente al paciente, la información se recolectó a través de los registros médicos, no se pudo emplear los criterios diagnósticos establecidos para esta patología, la muestra de este estudio va

acorde con las muestras utilizadas en los estudios de referencia, otro dato importante es la subestimación que tiene el personal médico a esta patología razón por la cual no se obtuvo datos concretos en las historias clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS F., J. C. (2002). EMERGENCY INTRAVENOUS SEDATION OF THE DELIRIOUS. *MEDICALLY ILL PATIENT*, 49.
- ALFONSO LÓPEZ-SOTO, F. F. (2006). *MEDICINA CLINICA. PREVALENCIA DE DELIRUM EN PACIENTES INGRESADOS POR PROCESOS MEDICOS* (Vol. 129).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. España: Panamericana.
- BLANCO LÓPEZ B., C. N. (2004). DELIRIUM: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 491-496.
- CARLOS J. REGAZZONI, MAXIMILIANO ADURIZ, MARIA RECONDO. (2000). SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO INTERNADO. *REVISTA CLINICA MÉDICA Y SERVICIO DE SALUD MENTAL, HOSPITAL UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES*.
- D.H. CERASO, C.-C. N. (2010). Encuesta Iberoamericana sobre delirium en pacientes criticos . *MEDICINA INTENSIVA*, 495-505.
- DEPARMENT OF PSYCHIATRIC, Y. U. (2005). Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. *PUBMED.GOV*, 1657-62.
- DR. AUGUSTO CESAR GONZALEZ, D. J. (2001). ESTADO CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO. *REVISTA CUBANA DE MEDICINA MILITAR*.
- DR. CATALDI AMATRIAIN ROBERTO, I. S. (2004). MANEJO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO. *REVISTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES*.
- F. FORMIGA, E. M. (2005). SINDROME CONFUSIONAL AGUDA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR PATOLOGIA MÉDICA. *REVISTA CLINICA ESPAÑOLA*, 484-488.
- GONZÁLEZ M, D. P. (2003). Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev Méd Chile*, 1051-1060.
- HAZZARD., W. (2003). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th edition, Mc Graw Hill.
- J.G. FRANCO, M. M. (2007). Delirium rating scale-revised-98: Colombian Adaptation of the Spanish version. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(3):170-175, 170-175.
- JOSE AMADO, L. A. (2013). Factores Asociados a Síndrome Confusional Agudo en Adultos Mayores internados en emergencia de un hospital terciario. *Anales de la Facultad de Medicina*, 193-197.
- LUIS ROMERO, C. L. (2003). Protocolo de Delirium en el anciano. Pronostico y Manejo. *Área Médica. Servicio de Medicina Interna*.

- M. LÁZARO-DEL NOGAL, J.-C. (2009). *SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM) EN EL ANCIANO*. MADRID. ESPAÑA: SERVICIO DE GERIATRIA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.
- MARCELA CARRASCO, T. H. (2005). Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Revista Médica de Chile*, 1449-1454.
- MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA DEL ECUADOR. (2012-2013). *AGENDA DE IGUALDAD PARA ADULTOS MAYORES*.
- OMS. (2014). *CLASIFICACION ESTADISTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD*. ESPAÑA: PANAMERICANA.
- PALMA ALEJANDRA, I. d. (2008). Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico. ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos? *REVISTA MEDICA DE CHILE*, 561-569.
- PASTOR ARMENDARIZ, T. L. (s.f.). *DETECTAMOS, VALORAMOS, PREVENIMOS EL DELIRIUM*. HOSPITAL UNIVERSITARIO, FUNDACION DE ALORCON.
- REVISTA MÉDICA CHILE. (2005). SUBDIAGNOSTICO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. *REVISTA MEDICA CHILE V.133*.
- REYES, C. (2001). El anciano con delirium: diagnóstico, evaluación y manejo. En *Gerontología Geriátrica* (págs. 245-251). Colombia.
- VAZQUES FERNANDO, H. M. (2000). EPIDEMIOLOGIA DEL DELIRIO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS. *MEDICINA (BUENOS AIRES)*, 555-560.

APÉNDICE

ANEXO 1

MATRIZ DE TAMAÑOS MUESTRALES

Matriz de Tamaños Muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas

N [tamaño del universo]	1.000
--------------------------------	--------------

p [probabilidad de ocurrencia]	0,6
---------------------------------------	------------

Escriba aquí el tamaño del universo

Escriba aquí el valor de p

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p^*(1-p)^* \left(\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 1000 con una p de 0,6										
Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	61	74	92	116	152	205	287	418	617	866
95%	84	102	126	158	204	269	366	506	697	902
97%	102	122	150	187	239	311	414	557	739	919
99%	138	165	200	246	307	390	500	640	800	941

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION Y CATEGORIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	PREGUNTA DEL INSTRUMENTO
EDAD	cuantitativa	Tiempo que ha transcurrido desde le nacimiento de un ser vivo	Edad - epicrisis	años	Cual es la edad?
GENERO	cualitativa	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos	observacion	masculino, femenino	Cual es el Genero?
ESTADO CIVIL	cualitativa	Condicion particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vinculos personales con individuos de otro sexo	estado civil-epicrisis	soltero, casado, divorciado, viudo	Cuel es el estado civil?
				union libre	
INSTRUCCIÓN	cualitativa ordinal		instruccion-epicrisis	analfabeto, basica, bachiller, superior, especialidad	Cual es su nivel de instruccion?
OCUPACION	cualitativa	trabajo asalariado al servicio de un empleador	ocupacion-epicrisis	trabaja, jubilado	A que se dedica?
PATOLOGIA AL INGRESO	cualitativa	Razon por la cual, es hospitalizado el paciente	razon de ingreso, historia clinica	patologia	Cual es la razon de su visita?
PATOLOGIA ASOCIADA	cualitativa	Patologia asociada en el paciente	presencia o no	patologia	
CONDICION DE EGRESO	cualitativa	Condicion de salud al momento del egreso del paciente.	condicion de egreso-historia clinica	alta definitiva, alta transit., asintomatico, ret. Volunt., ret. Involunt., def <48H, def >48H	
SERVICIO HOSPITALARIO	cualitativa	Lugar hospitalario especifico para cada especialidad	nombre del servicio	nombre	
DIAS DE ESTADIA	cuantitativa	Numero de dias hospitalizado	FECHA DE INGRESO - FECHA EGRESO	numero	
FORMA DE LLEGADA	cualitativa	Forma de llegada del paciente al hospital	forma de llegar-his. Clinica	ambulatorio, silla, camilla	
CONDICION DE LLEGADA	cualitativa	Condicion de salud al momento del ingreso	condicion medica al llegar	estable, inestable, otros	
MEDICAMENTOS	cuantitativa	presencia de 4 o mas medicamentos de manera cronica, es decir mas de 3 meses	presencia o no de medicam.		toma algun medicamento?
			numero de medicamentos		cuantos medicamentos toma?
					nombre de medicamento

ANEXO 3

EPICRISIS DEL MSP

ANEXO 4

ENCUESTA A TRABAJADORES DE LA SALUD

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE
DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INGRESADOS EN EL
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL
PERÍODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO DEL 2015”**

ENCUESTA N°

1.- NOMBRE (opcional):

2.- ESPECIALIDAD: _____

3.- SEÑALE SU CATEGORÍA PROFESIONAL: (PASTOR ARMENDARIZ)

- ☐ MEDICO TRATANTE
- ☐ MEDICO RESIDENTE
- ☐ INTERNO ROTATIVO
- ☐ ENFERMERA

4.- SERVICIO AL QUE PERTENECE: _____

5.- CUÁNTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN ESTE SERVICIO? (D.H. Ceraso, 2010)

6.- CONOCE USTED LA PATOLOGÍA LLAMADA DELIRIUM?

- ☐ SI
- ☐ NO

7.- EN EL SERVICIO AL QUE USTED PERTENECE, SE EVALÚA LA PRESENCIA DE DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS? (D.H. Ceraso, 2010)

- SIEMPRE
- FRECUENTEMENTE
- OCASIONALMENTE
- NUNCA

8.- CUÁNTOS PACIENTES CON DELIRIUM HA DIAGNOSTICADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?

9.- CUÁNTOS PACIENTES CON DELIRIUM HA ATENDIDO EN EL ÚLTIMO MES?

10.- QUÉ PACIENTE CREE USTED QUE ES MAS SUCEPTIBLE A PRESENTAR DELIRIUM? (PASTOR ARMENDARIZ)

- PACIENTES INTUBADOS
- ADULTOS MAYORES
- PACIENTES CON HOSPITALIZACION MAYOR A 24H
- CIRUGIAS DE LARGA DURACION

- PRESENCIA DE MÚLTIPLE COMORBILIDAD

11.- ESTA USTED FAMILIARIZADO CON LA SINTOMATOLOGÍA DE DELIRIUM?

- SI
- NO

12.- CUÁL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS PIENSA USTED QUE HACEN PARTE DEL CUADRO CLÍNICO DE DELIRIUM (PUEDE MARCAR MAS DE UNA) (D.H. Ceraso, 2010)

- AGITACIÓN PSICOMOTORA
- SINTOMAS DE INICIO RECIENTE
- PENSAMIENTO DESORGANIZADO
- ALUCINACIONES
- FLUCTUACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA

13.- HA DIAGNOSTICADO DELIRIUM EN EL PASADO?

- SI
- NO

14.- SI LO HA HECHO DONDE LO DOCUMENTA?

- NOTAS DE EVOLUCIÓN
- REGISTRO DE ENFERMERÍA
- REGISTRO DEL SERVICIO
- REGISTRO DE PSIQ/NEURL

- OTROS,

CÚAL? _____

- NO LO REGISTRA

15.- QUÉ HERRAMIENTA UTILIZA PARA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM? (Palma Alejandra, 2008)

- EVALUACIÓN CLÍNICA EN GENERAL
- NOTAS DE ENFERMERÍA
- TEST DE DELIRIUM *Confussion Assessment Method* (CAM)
- CRITERIOS DE CID-10
- CRITERIOS DSM-V
- NOTAS DE EVOLUCIÓN DE MD RESIDENTES O INTERNOS
- OTROS

16.- CÓMO FUE EL MANEJO DEL PACIENTE QUE USTED DIAGNÓSTICO CON DELIRIUM?

- FARMACOLÓGICO
- NO FARMACOLÓGICO
- I/C A PSIQUIATRÍA
- I/C A NEUROLOGÍA
- MANEJO DE ENFERMERIA
- NINGUNO

17.- CREE USTED QUE EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DELIRUM TIENE QUE SER VALORADO POR EL ESPECIALISTA?

- SI
- NO

18.- CONSIDERA USTED QUE HAY UN SUBDIAGNÓSTICO DE DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS MAYORES?

- SI
- NO

19.- SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CUÁL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS CREE USTED QUE SERIA LA RAZÓN MÁS PROBABLE:

- NO SE EVALUA LA PRESENCIA DE DELIRIUM EN EL SERVICIO
 - QUE NO SE REGISTRE SI SE ENCUENTRA UN CASO
 - CONFUSION CON OTRA PATOLOGIA PSIQUIATRICA O NEUROLOGICA
 - DESCONOCIMIENTO SOBRE ESTA PATOLOGIA
 - DESCONOCIMIENTO EN SU MANEJO
 - OTROS, CÚAL?
-

GLOSARIO

Tamaño de la muestra La muestra es el número de elementos, elegidos o no al azar, que hay que tomar de un universo para que los resultados puedan extrapolarse a la totalidad de este universo, con la condición de que sean representativos de la población. El tamaño de la muestra depende de tres aspectos:

- Del error o margen de imprecisión permitido.
- Del nivel de confianza.
- Del carácter finito o infinito de la población.

Error muestral: Es el error o imprecisión que existe por el hecho de que tomamos una muestra, es decir, una parte de una población o universo para recoger información que pueda proyectarse a toda la población. El error muestral, en el caso de un censo, teóricamente es de cero (se investiga a toda la población o universo).

Error no muestral: Es el error por otras variables diferentes al hecho de que exista una muestra. Por ejemplo: error en el levantamiento de datos, error de marco o selección muestral, error en la formulación de las preguntas, falsificación de respuestas, entre otros.

El margen de error o imprecisión promedio en un estudio de investigación es de $\pm 5\%$, y depende directamente del tamaño de la muestra. El máximo normalmente aceptado es de 10% .

Confiabilidad: Se refiere al grado de certeza acerca de si los resultados son o no representativos de la población en estudio, y a la magnitud de este acercamiento. Por ejemplo: el porcentaje más común es de 95% de confianza, lo cual indica que si investigamos 100 muestras iguales, un 95% de ellas nos brindarían resultados similares a los obtenidos, con una desviación estándar previamente determinada.

Validez: Esta medida se refiere a si medimos o no lo que queremos. Este es un aspecto muy crítico en un estudio de investigación.

Cuando el valor de P y de Q no se conozca, o cuando la encuesta se realice sobre diferentes aspectos en los que estos valores pueden ser diferentes, es conveniente tomar el caso más favorable, es decir, aquel que necesite el máximo tamaño de la muestra, lo cual ocurre para $P = Q = 50$, luego, $P = 50$ y $Q = 50$.